

Vergaderjaar 2002–2003

**26 631**

## **Modernisering AWBZ**

**Nr. 55**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 augustus 2003

#### **1. Inleiding**

Op 1 april jl. is de eerste mijlpaal in de modernisering van de AWBZ bereikt. Op deze datum is de zogenaamde voorkant van de keten gewijzigd. De aanspraken zijn in AWBZ-brede functies omschreven, de indicatiestelling vindt AWBZ-breed in functies plaats, de toelating is AWBZ-breed in functies en voor alle functies exclusief behandeling en verblijf is een AWBZ-breed pgb mogelijk. Vanaf nu is het zaak ook de achterkant van de keten op een vraaggestuurde, AWBZ-brede leest te schoeien. Bij deze achterkant gaat het om de bekostiging, registratie en verantwoording. De operatie vindt plaats onder de noemer invoering functiegerichte bekostiging.

In de brief inzake de voorhangprocedure AWBZ van 28 oktober 2002 (Kamerstuk 28 657, nr. 1) en in het Algemeen Overleg van 25 juni jl. (Kamerstuk 26 631, nr. 54) heb ik toegezegd in de zomer van 2003 een plan van aanpak over de invoering van de functiegerichte bekostiging naar de Tweede Kamer te sturen. Hiermee doe ik deze toezegging gestand. In dit plan van aanpak ga ik ook in op diverse onderwerpen die mij het afgelopen jaar van meerdere kanten zijn aangereikt. Ik noem hier in het bijzonder de CTG-uitvoeringstoets over de modernisering van de AWBZ uit 2002 en de bij de tussenrapportage Modernisering AWBZ van 11 juni jl. gevoegde brief van de brancheorganisaties van 27 mei jl. (Kamerstuk 26 631, nr. 46).

De brief is als volgt opgebouwd. In paragraaf 2 begin ik met een schets van het beeld dat mij voor ogen staat bij het systeem van functiegerichte bekostiging. Aan de orde komen vragen als wat is het precies, wat willen we er mee bereiken, wat wordt er van partijen verwacht en hoe zit het met de registratie en verantwoording. Paragraaf 3 gaat over de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn, wil het systeem van functiegerichte bekostiging ook een trefzekere bijdrage leveren aan een beheerste ontwikkeling

van de uitgaven. Aan de orde komen zaken als de contracteerplicht en het versterken van het ondernemersbelang van het zorgkantoor<sup>1</sup> bij een doelmatige zorginkoop. Paragraaf 4 gaat in op de transitiefase. Aan de orde komen de stap die ingaande 2004 wordt gezet, de voorbereidingen die worden getroffen voor het zetten van stappen in 2005 en het herallocatievraagstuk. Aan het slot van deze paragraaf geef ik aan over welke onderwerpen ik nu nog geen uitspraken kan doen. Paragraaf 5 gaat over de aansluiting van de reeds in gang gezette ontwikkeling van sectorale systemen van vraaggestuurde en prestatiegerichte bekostiging op de ontwikkeling van de AWBZ-brede, functiegerichte bekostiging. Paragraaf 6 tot slot is gereserveerd voor de wijze waarop ik partijen bij het verdere proces van invoering wil betrekken.

Uiteraard kan in een brief over een nieuw bekostigingssysteem voor een gemoderniseerde, vraaggestuurde AWBZ de koppeling naar het vraagstuk van de totale uitgavenbeheersing niet ontbreken. We weten allemaal dat de uitgaven onder de AWBZ stijgen – sinds 2000 bedraagt de volumegroei gemiddeld 7,7% per jaar – en dat er een enorm belang mee is gemoeid deze uitgaven onder controle te houden. Daarbij moeten we ons er niet op blindstaren dat in een vraaggestuurd systeem de beheersing van de totale uitgaven gerealiseerd kan worden door een ingreep in (de inrichting van) het bekostigingssysteem alléén. Totale uitgavenbeheersing heeft naar mijn stellige overtuiging alleen een kans van slagen als een aantal factoren in samenhang met elkaar wordt beheerst. Daarbij gaat het behalve om de kosten sec, ook om de toegang tot de zorg (indicatie), de controle op de zorg in zowel financiële als zorginhoudelijke zin (toezicht), het kwaliteits- en ambitieniveau (normen), de aanspraken (pakket), de onderlinge concurrentie (markt), de inbreng van de burger zelf (eigen bijdragen), etcetera. Steeds zijn bij al deze onderwerpen ook meerdere spelers in beeld. Toezicht op kwaliteit is bijvoorbeeld niet alleen een zaak van de IGZ, ook cliëntenorganisaties, verzekeraars en zelfs de media blazen daar hun partij mee. De eerste invulling en uitwerking van zo'n op de uitgavenbeheersing gericht geheel van maatregelen en interventiemechanismen zal ik in september presenteren. In dit plan van aanpak beperk ik mij tot de inrichting van het bekostigingssysteem in de AWBZ en de voorwaarden waaronder dat een effectieve bijdrage kan leveren aan een beheerste uitgavenontwikkeling.

Tot slot van deze inleiding nog de relatie met het Hoofdlijnenakkoord. Hierin staat te lezen dat alle «op genezing gerichte zorg» uit de AWBZ zal worden overgebracht naar de zogenaamde standaardverzekering curatieve zorg. Daarbij gaat het niet alleen om de curatieve GGZ waarvoor dat al langer het beleidsvoornemen was. De concrete voorstellen voor de implementatie van de tekst uit het Hoofdlijnenakkoord zullen dit najaar aan de Tweede Kamer worden gepresenteerd. Hier volstaat aan te geven dat bij de invoering van de functiegerichte bekostiging in de AWBZ hiermee rekening wordt gehouden.

## **2. Het systeem van functiegerichte bekostiging**

In deze paragraaf schets ik u een beeld van wat ik mij voorstel bij een systeem van functiegerichte bekostiging. Het gaat dan om een eindbeeld van zowel de inrichting van het bekostigingssysteem sec als van de bijbehorende systemen van afrekening, verantwoording en registratie. Motto bij dit eindbeeld is eenvoud, met zo min mogelijk administratieve rompslomp, zo min mogelijk bureaucratistische ballast en een zo groot mogelijk deel van de te besteden middelen voor de zorg zelf.

Ik begin mijn schets met het beschrijven van een uiterste vorm. Dat doe ik om het beeld in één klap helder te krijgen en duidelijk te maken dat het bij

---

<sup>1</sup> In deze brief wordt uitgegaan van het zorgkantoor als de feitelijke inkoper van AWBZ-zorg. Er worden geen uitspraken gedaan over de uiteindelijke uitvoeringsstructuur van de AWBZ. Het systeem van functiegerichte bekostiging wordt zo opgezet dat het op het punt van de uitvoeringsstructuur toekomstbestendig is. Het kan elke te nemen beslissing over deze uitvoeringsstructuur aan, zowel een uitvoering gekoppeld aan die van het tweede compartiment c.q. de nieuwe zorgverzekering als een zelfstandige uitvoering.

functiegerichte bekostiging weliswaar om een simpel, maar daarom nog niet om een simplistisch model gaat.

### *2.1. De extreme vorm*

Een extreme en haast karikaturale schets van de functiegerichte bekostiging gaat als volgt. Functiegerichte bekostiging is 7 functies met daar aangeplakt 7 maximumtarieven en klaar is Kees. Partijen onderhandelen over die tarieven en alles komt vanzelf goed. Op deze karikatuur zijn twee reacties aan weerszijden van het kritisch spectrum mogelijk.

- Het functietarief moet liggen op het niveau van het duurste denkbare zorgproduct om mogelijk te maken dat ook dat betaald kan worden. Als iedereen dan op het maximum van het tarief afspreekt, leidt dat onherroepelijk tot aanzienlijke kostenstijgingen zonder dat daar enige volumegroei tegenover staat. Het ontbreekt het zorgkantoor ten ene male aan instrumenten om onder dat maximum terecht te komen.
- Het functietarief moet vanwege het uitgaven-explosie-risico liggen op het niveau van de gemiddelde kosten. Als gevolg hiervan zullen duurdere zorgproducten niet meer kunnen worden betaald en zullen dus ook niet meer worden aangeboden.

Het mag duidelijk zijn dat het beeld dat ik voor ogen heb bij een systeem van functiegerichte bekostiging iets genuanceerder ligt.

### *2.2. Het echte beeld*

Zoals ik al heb aangegeven in de tussenrapportage over de modernisering van 11 juni jl. staat functiegerichte bekostiging in de context van het realiseren van een systeem van vraagsturing. Dat betekent dat het moet werken in een omgeving waarin aanbieders op een markt doelmatig opereren (geen klant, geen omzet, geen geld) en waarbij aanbieders (dus) meer outputgericht bekostigd worden. De objectief vastgestelde zorgbehoefte is leidend voor de hoeveelheid zorg die het zorgkantoor moet inkopen om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. Waar het dan om gaat is dat in navolging van de voorkant van de zorgketen (aanspraken en indicatie) ook aan de achterkant, bij de bekostiging, een situatie wordt gerealiseerd waarbij partijen de ruimte krijgen in te spelen op de vraag van de klant en onderhandelen over de prijs en kwaliteit van zorg. Voor aanbieders moet die ruimte zodanig zijn dat zij zich op de markt kunnen profileren met eigen zorgproducten, waarbij het profiel uitdrukkelijk ook betrekking moet kunnen hebben op zogenaamd zware klantgroepen of moeilijke situaties van levering. Voor zorgkantoren moet die ruimte van dien aard zijn dat zij, rekening houdend met de wens van de klant, doelmatig in kunnen kopen en daarbij specifieke leveringsvoorwaarden kunnen bedingen. Beide posities vragen om een bekostigingssysteem dat aan de ene kant voldoende ruimte biedt om in te springen op nieuwe vragen en aan de andere kant die ruimte ook voldoende ordent en transparant maakt om daarbinnen doelmatig te kunnen handelen. Die koppeling van ruimte en ordening stel ik mij voor bij een systeem van functiegerichte bekostiging waarbij aan de ene kant het tarief waarover wordt onderhandeld is opgehangen aan de functie waarop ook aanspraak bestaat en aan de andere kant dat tarief per functie weer is opgebouwd uit verschillende, afzonderlijk in de onderhandeling te betrekken, onderdelen. Elk onderdeel is daarbij voorzien van een landelijk vastgestelde maximumwaarde. Van elk onderdeel moet ook volstrekt duidelijk zijn wát er mee wordt betaald. Het basistarief voor de functie houdt daarbij rekening met een in te zetten deskundigheidsniveau van personeel, productiviteit en personele en materiële overhead. Voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld complexe GGZ-cliënten) zullen andere deskundigheden nodig zijn of andere productiviteitscijfers gelden (bijvoorbeeld bij onplan-

bare zorg op afroep) of specifieke groepsgroottes gelden (bijvoorbeeld dagactiviteit voor kinderen met een ernstige handicap).

Voor dergelijke doelgroepen kunnen middels aparte onderdelen van het tarief (modules) afspraken worden gemaakt. Het is in dat systeem vervolgens aan partijen om af te spreken welke onderdelen in welke mate worden meegenomen in de definitieve afspraak over de te contracteren hoeveelheden functies en de bijbehorende prijzen. Het grote verschil met het huidige systeem is, dat thans voor het overgrote deel «all-in» gecontracteerd moet worden, omdat de afzonderlijke onderdelen (hierboven ter illustratie een aantal genoemd) in de standaardprijs verwerkt zitten. In het nieuwe systeem wordt het mogelijk, onderdelen bewust wél of niet af te nemen.

Met de verschillende af te spreken onderdelen binnen de functie wordt zo tegemoet gekomen aan specifieke eisen zowel van de kant van de aanbieder (zware doelgroepen, onrendabele lijnen) als van de kant van het zorgkantoor (leveringsvoorwaarden). De landelijke vaststelling van de maximumwaarden van de verschillende onderdelen van het tarief vindt plaats met het oog op de beheersbaarheid van de uitgaven.

### *2.3. De klant*

De gemoderniseerde AWBZ heeft tot doel de omslag van aanbodnaar vraagsturing te realiseren. Invoering van een AWBZ-brede functiegerichte bekostiging, die recht doet aan de gewenste dynamiek en flexibiliteit in de zorg en waarbij de schotten tussen de onderscheiden sectoren vervallen, ondersteunt deze omslag. Partijen krijgen maximale ruimte om afspraken te maken over prijzen en producten die nodig zijn om in de zorgbehoefte van cliënten te voorzien.

In de gemoderniseerde, vraaggestuurde AWBZ kan de klant na indicatie kiezen op welke manier hij zijn zorg wil genieten, via een pgb of via zorg in natura. In het eerste geval onderhandelt de klant zelf over de zorg en de prijs daarvan. In het geval van zorg in natura maakt hij gebruik van de zorg die het zorgkantoor heeft ingekocht. Bij zorg in natura heeft het zorgkantoor onderhandeld over zorg en prijs. Het zorgkantoor houdt bij de inkoop van zorg rekening met de vraag naar zorg van de verzekerden. Daartoe wordt door het zorgkantoor de vraag in de regio geïnventariseerd en wordt geanalyseerd welk aanbod in de regio hierop kan passen. De klant heeft hierbij een nadrukkelijke rol bijvoorbeeld via overleggen met cliëntorganisaties over zorgvernieuwing, cliëntraadpleging etcetera. De cliënt kan met zijn indicatie in functies kiezen uit het aanbod van verschillende zorgaanbieders. De cliënt en aanbieder maken gezamenlijk afspraken over de precieze zorg die binnen de gestelde indicatie geleverd zal worden. Aanbieders die de ruimte in de functiegerichte bekostiging niet benutten om klanten te werven en te houden, die met andere woorden niet inspringen op de vraag van de klant, zullen hun omzet zien dalen en zullen uiteindelijk het onderspit delven.

### *2.4. De aanbieder*

In het systeem van functiegerichte bekostiging ontwikkelt de aanbieder met het oog op het werven van klanten zorgproducten waarvan hij denkt dat daar vraag naar is. De aanbieder weet dat hij, om voor AWBZ-bekostiging in aanmerking te komen, van elk product aan moet kunnen geven uit welke functie(s) het bestaat en in welke omvang<sup>1</sup>.

De aanbieder schat in hoeveel van deze producten hij gegeven de vraag in de regio af zal kunnen zetten.<sup>2</sup> Hij telt per functie de functieomvang uit de te leveren producten op en maakt per functie een prijsafpraak met het zorgkantoor. Uiteraard zal de aanbieder inzicht moeten hebben in de kost-

---

<sup>1</sup> De aanbieder mag in zijn producten ook niet AWBZ-functies opnemen. Die onderdelen moeten alleen op een andere titel worden betaald.

<sup>2</sup> Voor het inzicht in de vraag in de regio is de AZR van groot belang. De AZR geeft aan welke indicaties er naar functie, klasse en aandoening/handicap/gebrek zijn afgegeven, in welke zorg inmiddels is voorzien en op welke zorg nog wordt gewacht.

prijs van zijn producten. Op dit punt zijn de ontwikkelingen die in alle AWBZ-sectoren plaatsvinden op het gebied van de bekostiging interessant en waardevol. Die ontwikkelingen (de vraaggestuurde bekostiging in de gehandicaptenzorg, de producten- en dienstencatalogus in de V & V-hoek en de DBC-ontwikkeling in de GGZ) bieden aanbieders een handvat om te komen tot een kostprijsberekening voor de producten die zij willen leveren. Zo'n kostprijsberekening heeft een aanbieder nodig om te weten wat hij er bij de tariefonderhandeling op functies in ieder geval «uit moet halen». In de modeltrajecten die in diverse regio's lopen wordt dit model van zorginkoop e.d. getest en – in nauw overleg met het veld – verder uitgewerkt.

### *2.5. Het zorgkantoor*

In het systeem van functiegerichte bekostiging contracteert het zorgkantoor aanbieders die een gewenst en doelmatig antwoord geven op de regionaal gestelde vraag. De inkoop geschiedt in hoeveelheden functies. Onder de ingekochte functies gaan als gezegd producten schuil die kunnen variëren in zorgzwaarte en leveringsvoorwaarden. Juist omdat de zorgzwaarte (volume, in te zetten deskundigheid) en de leveringsvoorwaarden tussen aanbieders kunnen verschillen, verschilt ook de prijs per functie tussen aanbieders. In feite is de onderhandeling over de functies er een over het financiële volume. Het zorgkantoor betaalt de afgesproken prijs voor het aantal geleverde functies. Om gericht te bespreken welke producten er onder de functies worden ingekocht kunnen de hierboven al genoemde sectorale systemen van vraaggestuurde bekostiging, producten- en dienstencatalogus en DBC/GGZ in de aanloopfase van de functiegerichte bekostiging goede diensten bewijzen. Partijen geven aan in een globaal model van functies enig houvast nodig te hebben. De producttalen die gebruikt worden in deze sectorale bekostigingssystemen bieden zo'n houvast.

### *2.6. De afrekening van de aanbieder en de verantwoording door het zorgkantoor*

Het zorgkantoor rekent de aanbieder af op daadwerkelijk geleverde functies<sup>1</sup>. Het zorgkantoor controleert de rekening van de aanbieder op een aantal manieren.

- In de eerste plaats vergelijkt het zorgkantoor door de aanbieder aan een verzekerde geleverde zorg met de indicatie.
- In de tweede plaats vergelijkt het zorgkantoor de periodieke opgave van de aanbieder van het aantal geleverde functies met de opgave die hij van diezelfde aanbieder over de betrokken periode heeft gekregen over de klanten die bij die aanbieder in zorg of uit zorg zijn gegaan. Deze informatie zit opgeslagen in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). In de AZR zit op klantniveau de indicatie van het RIO in functies/ klassen en de melding aanvang/einde zorg eveneens in functies/ klassen. Het zorgkantoor kan zo voor een financiële controle in eerste instantie volstaan met een zogenaamde vierkantelling<sup>2</sup>.
- Vervolgens moet het zorgkantoor nagaan of de aanbieder ook heeft geleverd wat hij heeft gezegd. Dat is een vorm van materiële controle die ook nu plaats moet vinden. Deze materiële controle kan steekproefsgewijs plaatsvinden door dossieronderzoek. De tevredenheid van klanten kan bovendien gecontroleerd worden bij de klant of diens naaste.

---

<sup>1</sup> Afrekenen kan rechtstreeks of (net als nu) via het CAK.

<sup>2</sup> Het traject AZR moet eind 2004 zijn afgerond, zodat vanaf 2005 over de volle breedte van de AWBZ en over het geheel van de keten van indicatiestelling tot en met zorglevering wordt geregistreerd in functies en klassen.

### *2.7. Registratie*

In de modernisering van de AWBZ is in alle sectoren sprake van één taal in de keten. Dat loopt van aanspraak tot en met afrekening en verantwoor-

ding van geleverde zorg. Met ingang van 1 april jl. zijn de aanspraken en de indicatiestelling in functies gesteld. Zodra het systeem van functiegerichte bekostiging volledig is ingevoerd gaat ook de bekostiging, de afrekening en de verantwoording in functies. De enige eis die daarmee van overheidswege wordt gesteld aan de voor afrekening relevante registratiesystemen van aanbieders is dat de geleverde zorg aan het zorgkantoor elektronisch kan worden doorgegeven in termen van functies. Welk registratiesysteem een aanbieder ten behoeve van zijn eigen bedrijfsvoering of anderszins verder gebruikt, is zijn eigen keuze. Zoals gezegd vinden momenteel in alle sectoren van de AWBZ ontwikkelingen plaats op het gebied van een vraaggestuurde en prestatiegerichte bekostiging. Al deze ontwikkelingen zijn als gezegd vanuit de optiek van de functiegerichte bekostiging waardevol omdat ze de betrokken aanbieders in staat stellen hun zorglevering te vatten in termen die het hun mogelijk maakt te komen tot een goede kostprijsberekening. Bovendien geven zij partijen in de aanloopfase houvast bij de onderhandeling over functies. Al deze systemen vragen echter om registratieve ingrepen bij de aanbieders. Om onhelderheden op dit punt voor te zijn en dubbele registraties in de toekomst te voorkomen, hecht ik er daarom aan reeds hier en nu op te merken dat de aanbieders in alle sectoren er bij de inrichting van hun registratiesystemen rekening mee houden dat uiteindelijk de melding, afrekening en verantwoording van geleverde zorg geschiedt in functies. Dit laatste geldt uiteraard alleen voor zorg die onder de AWBZ valt. Voor de GGZ betekent dit bijvoorbeeld dat het DBC-registratiesysteem in staat moet zijn de curatieve GGZ af te rekenen en te verantwoorden in DBC's en de GGZ-care in functies. In het DBC/GGZ-project zijn hierover met alle betrokken veldpartijen afspraken gemaakt.

Bij het eindbeeld van functiegerichte bekostiging moeten we ons twee dingen goed realiseren.

- De informatie over de zorg waarover we straks als overheid beschikken is geen (min of meer gedetailleerde) productinformatie, maar sturingsinformatie. We weten straks op overheidsniveau zowel landelijk als regionaal de ontwikkeling van de vraag, van het aanbod en van de wachtlijsten in functies. We weten dus hoe groot de vraag is naar bijvoorbeeld verpleging voor mensen met een somatische of met een psychogeriatrische aandoening en hoeveel mensen op dergelijke zorg wachten. We weten niet wat precies de lokaal afgesproken onderlinge producten zijn (bij wijze van spreken: of activerende begeleiding door middel van gym of creatieve activiteiten wordt ingevuld). We weten op overheidsniveau dus niet met een druk op de knop welk zorgproduct aanbieder x nu precies bij die functies levert en welk product aanbieder y. Dat wil niet zeggen dat productinformatie straks geen rol meer speelt. Dat is wel het geval. Hij speelt echter vooral een rol in het lokale en regionale verkeer tussen klanten, aanbieders en zorgkantoren. Hij wordt niet van overheidswege gedefinieerd en opgelegd. Dat zou ook niet passen in de sturingsfilosofie van een vraaggerichte AWBZ.
- Bovendien is het een misverstand gebleken te denken dat meer informatie op een gedetailleerder niveau maakt dat we ook beter kunnen beheersen.
- Voordat het eindbeeld is bereikt zijn we wel een paar jaar verder. In de tussentijd zal het nieuwe functiegerichte bekostigingssysteem geleidelijk worden ingevoerd en zal het minimaal dat type verantwoordingsinformatie moeten kunnen opleveren, dat het nu ook oplevert. In die tussentijd moeten we ons realiseren dat de AWBZ van nu niet de graad van perfectie kent die we er graag aan zouden toekennen. De huidige AWBZ kent onder meer op het gebied van transparantie, verantwoording en registratie gebreken. Waarmee ik vooral gezegd wil hebben dat

we er voorzichtig mee moeten zijn het systeem van functiegerichte bekostiging de gebreken van het huidige systeem tegen te werpen.

### **3. Voorwaarden**

#### *3.1. Onderhandelingsmogelijkheden*

In paragraaf 2 heb ik een schets gegeven van wat ik mij voorstel bij een systeem van functiegerichte bekostiging. Onder andere ben ik ingegaan op het bouwstenenmodel voor de bekostiging dat mij voor ogen staat. Dit model vergroot binnen het functiesysteem de onderhandelingsmogelijkheden voor partijen. Niet langer zitten alle zorgonderdelen «standaard» in de afspraak. Steeds zal expliciet moeten worden afgesproken welke onderdelen wel en welke niet worden meegenomen. Aan aanbieders geeft dit systeem mogelijkheden voor profilering. Aan zorgkantoren geeft het mogelijkheden voor een doelmatige inkoop voor specifieke doelgroepen. Daarmee is het een belangrijk en noodzakelijk instrument voor een doelmatige inzet van middelen. Dat is evenwel niet genoeg voor een beheerste uitgavenontwikkeling in de AWBZ. Daarvoor zijn in ieder geval nog twee dingen nodig. In de eerste plaats moet de positie van het zorgkantoor ten opzichte van de aanbieders versterkt worden om daadwerkelijk countervailing power ten opzichte van de aanbieder te verkrijgen. In de tweede plaats moet het belang van het zorgkantoor om die onderhandelingspositie ook daadwerkelijk te gebruiken worden versterkt. Op deze manier ontstaat een evenwichtig systeem van meer vrijheden en verantwoordelijkheden voor partijen.

#### *3.2. Onderhandelingsinstrumenten*

Waar het gaat over de onderhandelingspositie is het van belang binnen afzienbare tijd de contracteerplicht van het zorgkantoor op te heffen. Het zorgkantoor moet ook «nee» kunnen zeggen en daarmee druk op de onderhandeling en het te bereiken resultaat kunnen zetten. Het opheffen van de contracteerplicht kan consequenties hebben voor de positie van de zorgkantoren en daarmee voor de uitvoeringsstructuur van de AWBZ. Zo heeft het CVZ in een rapport van 24 april jl. erop gewezen dat met het opheffen van de contracteerplicht de mandaatconstructie van de zorgkantoren onder druk kan komen te staan doordat hij binnen het bereik van de Mededingingswet (MW) komt. De Nma heeft op 10 juni jl. een consultatiedocument over de AWBZ uitgebracht waarin zij een ander licht op de zaak laat schijnen. Het (voorlopige) standpunt van de Nma in het consultatiedocument is dat zorgkantoren niet kunnen worden aangemerkt als ondernemingen in de zin van de MW omdat verzekerden automatisch, namelijk via hun tweede compartimentsverzekeraar, voor de AWBZ zijn ingeschreven. Derhalve is geen sprake van een economische activiteit in de zin van de Mededingingswet.

Dit geldt zowel voor het aanbieden van de AWBZ-verzekering als<sup>1</sup> voor de zorginkoop ten behoeve van AWBZ-verzekerden. In elk geval acht ik het met het oog op een beheerste uitgavenontwikkeling in de AWBZ van zodanig groot belang dat het zorgkantoor instrumenten in handen krijgt om een goed onderhandelingsresultaat te bereiken, dat ik het opheffen van de contracteerplicht op korte termijn nastreef. Ik denk daarbij aan opheffing van de contracteerplicht voor de extramurale zorgverlening met ingang van in ieder geval 2005. In de loop van 2004 moet zich naar mijn mening een voldoende concurrerend aanbod in de extramurale zorgverlening hebben ontwikkeld om die stap ook te kunnen zetten<sup>2</sup>. De opheffing kan op basis van art. 45, vierde lid, AWBZ geschieden bij algemene maatregel van bestuur. Ik zal deze amvb in voorbereiding nemen en waar nodig het CVZ hierbij betrekken.

---

<sup>1</sup> Gelet op het FENIN-arrest van het Gerecht van Eerste Aanleg EG (zaak T-319/99, 4 maart 2003).

<sup>2</sup> De reden waarom met ingang van de modernisering van 1 april 2003 niet tevens de contracteerplicht is opgeheven, is dat nieuwe zorgaanbieders een kans op de markt moeten krijgen en klanten daarmee ook een nieuwe keuzemogelijkheid om naar die nieuwe aanbieder toe te gaan.

### 3.3. Onderhandelingsbelang

Als het zorgkantoor mogelijkheden heeft voor onderhandelingen (bouwstenenmodel bij functietarieven) en bovendien beschikt over instrumenten om een gerichte onderhandeling met een goed resultaat te bereiken (contractvrijheid), dan hoeft er nog maar een vraag te worden beantwoord. Welk belang heeft het zorgkantoor bij een effectief gebruik van deze mogelijkheden en instrumenten? Hierover het volgende.

- In de eerste plaats is het zo dat het zorgkantoor geen zelfstandige rechtspersoon is. Het zorgkantoor wordt geëxploiteerd door een concessiehouder en die heeft er belang bij dat de concessie wordt waargemaakt. Dat belang kan op meer gronden zijn gevestigd variërend van (voorsprong)kennis van de vraag van de klant tot geen problemen willen hebben met de andere verzekeraars. Bij hen komen immers de formele klachten van klanten binnen<sup>1</sup>.
- Er wordt een benchmarkingsysteem opgezet waarmee de onderlinge resultaten van de concessiehouders en de door hun geëxploiteerde zorgkantoren kunnen worden vergeleken door het CVZ. Hiermee komt informatie beschikbaar die niet alleen voor het CVZ, maar ook voor verzekeren en voor de achterliggende verzekeraars interessant kan zijn. Naast het CVZ voert ook het CTZ toezicht uit op het zorgkantoor en de rechtmatige en doelmatige besteding van de gelden.
- Voor tweede compartimentsverzekeraars is het op termijn niet meer geheel vanzelfsprekend dat zij niet zelf de AWBZ uitvoeren. Met name de ouder wordende bevolking is financieel draagkrachtig en het kan interessant zijn aanvullende pakketten te ontwikkelen en aan te bieden. De verzekeraar krijgt zo een steeds groter belang de concessiehouder goed te volgen.
- Met de gemoderniseerde AWBZ is de rol van het zorgkantoor richting de klant veel directer geworden. Denk aan pgb, wachtlijstbeheer en zorgtoewijzing. De noodzaak van goede informatie over de vraag van de klant en de reactie hierop van het aanbod wordt steeds zichtbaarder. Zorgkantoren en concessiehouder hebben er belang bij op dit punt met een goede informatievoorziening te komen. Nu al worden websites ingericht. Ook dit type ontwikkeling houdt de achterliggende verzekeraar scherp betrokken bij het zorgkantoor/de concessiehouder.
- Kortom, een niet goed functionerend zorgkantoor slaat terug op de concessiehouder. De concessiehouder heeft er dus belang bij dat het zorgkantoor goed presteert en zal er op toezien dat dit ook gebeurt.

Desalniettemin is mij o.a. door het CTG (in de uitvoeringstoets van juni 2002) de vraag gesteld of het niet zaak is om naast bovenstaande systemen van visitatie en benchmarking werk te gaan maken van het ook in financiële zin oplossen van het belang van het zorgkantoor (of de achterliggende verzekeraar) bij een goed onderhandelingsresultaat. Ik ben het daarmee in principe eens. Het gaat evenwel te ver hier alle vraagstukken die hierbij aan de orde zijn te bespreken. Ik wil volstaan met aan te geven dat ik de vraag serieus neem en in nauw overleg met onder andere ZN en het CVZ op korte termijn de mogelijkheden zal verkennen om hier gericht naar toe te werken. Daarbij zal ook zeker aan de orde zijn de ooit eerder<sup>2</sup> en laatst ook door de Nma in haar AWBZ-consultatiedocument geopperde mogelijkheid van een aanbestedingsformule.

<sup>1</sup> Het feit dat een verzekeraar de feitelijke uitvoering van de AWBZ heeft gemandateerd aan een concessiehouder/zorgkantoor, ontslaat hem niet van de formele en justitiële verantwoordelijkheid voor deze uitvoering. Formele klachten over de uitvoering van de AWBZ komen dan ook binnen bij de eigen verzekeraar.

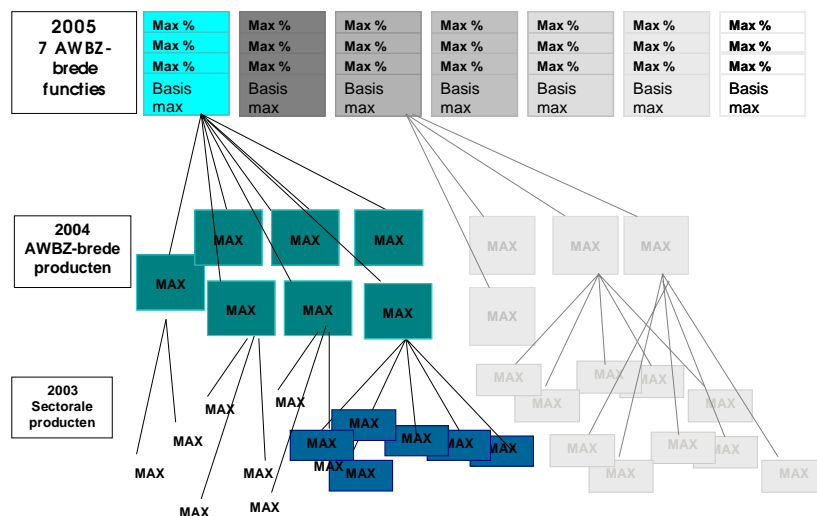
<sup>2</sup> MDW-rapport Ontvoogding van de AWBZ, juni 2001.

Op dit moment hebben zorgkantoren dus nog geen *financieel* belang bij doelmatig inkopen. Dat betekent dat de budgettaire neutraliteit niet afhankelijk gesteld mag worden van het gedrag van de inkoper. Dat betekent uiteraard niet dat geen start gemaakt kan worden met de invoering van het nieuwe, betere en meer inzichtelijke bekostigingssysteem. Dat betekent wél dat vastgehouden wordt aan landelijke maximumprijzen voor de te contracteren functieonderdelen om te garanderen dat het uitgangspunt van budgettaire neutraliteit is gewaarborgd.

#### 4. Transitiefase

In deze paragraaf geef ik aan welke stappen ik de komende jaren wil zetten in het kader van de invoering van de functiegerichte bekostiging en het op meer doelmatigheid inrichten van het bekostigingssysteem. De overstap van nu naar een volledig functiegericht systeem zal plaatsvinden in twee tranches. Eerst wordt overgestapt van een systeem van bekostiging op basis van landelijk en sectoraal gedefinieerde producten naar een systeem bekostiging op basis van landelijk en AWBZ-breed gedefinieerde producten. Van daaruit wordt, op het moment dat het veld daartoe voldoende is voorbereid, overgestapt naar een systeem van bekostiging op basis van landelijke gedefinieerde functies (zie figuur 1). Bij dat laatste is het dan aan partijen zelf vorm te geven aan de producten die zij binnen die functies zouden willen leveren. In de invoering wordt tevens een onderscheid gemaakt tussen extramurale en intramurale zorgverlening. De extramurale zorgverlening is het eerst aan de beurt.

**Figuur 1: Van vele sectorale producten in 2003 wordt in 2004 voor het extramurale deel de overstap gemaakt naar een beperkter aantal AWBZ-brede producten die in 2005 over zullen gaan naar de 7 AWBZ-brede functies. In 2003 en 2004 zijn de productprijzen gemaximeerd (in plaatje aangegeven met MAX); in 2005 is het functietarief opgebouwd uit een basistarief waarop gemaximeerde opslagpercentages mogelijk zijn voor bijvoorbeeld oproepbare, niet planbare zorg.**



##### 4.1. 2004

Over de eerste invoeringsstap 2004 is veel te doen geweest. Zo'n eerste stap is ook niet gemakkelijk. Hij is eng, omdat het een stap is in de richting van een nieuw AWBZ-breed bekostigingssysteem met daarbij noodgedwongen afscheid van de oude bekende eigen sectorspecifieke invalshoeken. Hij is moeilijk omdat hij technisch uitvoerbaar moet zijn. En hij is dubbel zo moeilijk omdat het in dit economisch gesproken zwaarweertijdperk van extreem belang is dat hij beheersbaar is. Alles wikkend en wegend heb ik gekozen voor de volgende manier van werken. Ik heb op 15 juli jl. het CTG een bij partijen gesondeerde invoeringsbrief gestuurd met daarin ter keuze twee invoeringsopties: één die strikt in de leer is en gericht op de integrale invoering van extramuraal te leveren functies met een daaraan gekoppelde onderhandelbare functietariefstructuur en één die aansluit op de operatie die het CTG al eerder in gang had gezet en is gericht op het AWBZ-breed harmoniseren van de bestaande extramurale

producten. Tussenvarianten worden niet uitgesloten. De brief gaat hierbij. Ik heb het CTG verzocht mij ten behoeve van het hier voorliggende plan van aanpak aan te geven welke optie c.q. tussenvariant de voorkeur verdient en vervolgens alle voorbereidingen te treffen voor invoering van die optie/variant met ingang van 1 januari 2004. Ik heb daarbij tevens het CTG verzocht om de budgettaire neutraliteit van de in te voeren variant vooraf te toetsen.

Het CTG is, gehoord partijen, tot de conclusie gekomen dat een tussenvariant de voorkeur verdient. De variant blijft – zoals ook gevraagd – beperkt tot de extramurale zorgverlening. Het wordt op dit moment verder in- en aangevuld met medewerking van alle partijen. Kenmerkend voor de tussenvariant is dat in de formele structuur van de bekostiging de functies een plaats krijgen, maar dat het systeem in operationele zin nog steeds draait op producten met daaraan gekoppelde prijzen. De manier van werken is de volgende:

- van de huidige producten is op eenduidige wijze in kaart gebracht wat de precieze inhoud en kostenopbouw is zodat eenheid van taal over de sectoren ontstaat;
- per functie is gekeken welke activiteiten daar precies onder vallen;
- er vindt een clustering van producten plaats langs de lijn van deze functies, afgeleid van de inhoud van de aanspraken en de omschrijving van die functies, met een heldere omschrijving van doel, doelgroep en inhoud;
- vervolgens worden de bestaande extramurale producten ondergebracht in de nieuw omschreven producten, waardoor inzicht ontstaat in mogelijke inhoud en kosten en mogelijke verschillen met de huidige producten;
- waar nodig wordt in de nieuwe productstructuur nog onderscheid gemaakt naar doelgroep/zorgzwaarte en specifieke leveringsvoorwaarden (bijvoorbeeld levering van persoonlijke verzorging op afroep);
- tot slot worden op basis hiervan per functie de nieuwe producten getarifeerd. Er wordt dus ook een financiële ordening naar zorgzwaarte en levering gemaakt.

Hiermee komt een bekostigingsstructuur in beeld die aan de ene kant door de introductie van het functiebegrip eenheid van taal in de keten brengt en die aan de andere kant door nog te werken vanuit bestaande producten rekening houdt met zowel de bijzondere zorgzwaarte van bepaalde klantengroepen als met specifieke leveringsvoorwaarden. Deze bekostigingsstructuur die zijn ankers nog vindt in landelijk vastgestelde en geprijsde producten bevat zo alle ingrediënten die ook nodig zijn voor het hiervoor in paragraaf 2 geschetste bouwstenenmodel van de nieuwe functietarieven. Ook voor 2004 geldt het uitgangspunt van budgetneutraliteit. Op dit moment is het CTG nog bezig met het uitwerken van de exacte tariefstructuur zoals deze in 2004 gehanteerd zal worden. Aangezien er tussen de sectoren verschillen in prijzen zijn voor eenzelfde product is het uitwerken van deze tariefstructuur van belang bij het beheersbaar houden van de uitgaven. Waar nodig zal nog een onderscheid naar doelgroep gemaakt worden.

Ik zie de gekozen tussenvariant dan ook als een zeer fraaie en volstrekt heldere tussenstap naar een systeem van functiegerichte bekostiging waarin het uiteindelijk partijen vrij staat zich met eigen producten te profileren op de markt. Als bijlage is toegevoegd<sup>1</sup> een voorbeeld van de tussenvariant toegepast op een functie. De planning is er op gericht dat het CTG de geharmoniseerde extramurale beleidsregel op basis van de tussenvariant in november vaststelt waarna goedkeuring door mij tijdig kan plaatsvinden.

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

## *4.2. Voorbereiding 2005*

Voor 2005 spelen twee zaken. De vervolgstap naar bekostiging op functies bij de extramurale zorgverlening en de eerste stap bij de intramurale zorgverlening van landelijk sectorale naar landelijke AWBZ-brede producten.

### *4.2.1. Extramuraal*

Voor de vervolgstap naar functietarifiering bij extramuraal is van belang dat we de beschikking hebben over AWBZ-brede functieprijsen. Hiernaar loopt op dit moment een onderzoek door KPMG. Dit onderzoek is aangekondigd in de brief aan de Tweede Kamer van 15 juli 2002 (kenmerk TK, vergaderjaar 2001–2002, 26 631 en 25 657, nr. 22). Het is gestart in maart 2003 en het wordt interdepartementaal begeleid door de ministeries van VWS, Financiën en Economische Zaken en het CTG. Het onderzoek heeft enige vertraging opgelopen waardoor de resultaten van het onderzoek dit najaar bekend zullen zijn. Gelet op de hierboven beschreven invoeringsstap 2004 levert deze vertraging evenwel geen verstoring op van het invoeringsproces als zodanig. Aan de hand van het KPMG-materiaal komen aan de ene kant AWBZ-brede prijzen in zicht. Aan de andere kant zal ook duidelijk worden dat het nodig wordt AWBZ-breed normen te gaan formuleren voor wat we in de zorg nu eigenlijk betalen. Zeker in een tijd waarin doelmatigheid van handelen en beheersbaarheid van uitgaven van cruciaal belang zijn, zullen we deze discussie aan moeten. Het gaat dan om het expliciteren van de (kwaliteits)normen (nu veelal impliciet) waarop de prijzen gebaseerd zijn. Zo zullen normen worden opgesteld op het gebied van groepsgrootte, deskundigheid van personeel, verwachte productiviteit, overhead in personele en materiële zin, bereikbaarheid van voorzieningen, benodigde zorginfrastructuur, innovatie, etcetera. Zoals in paragraaf 2.2 is uitgewerkt ontstaat zo ruimte voor partijen om in te spelen op de vraag van de klant en af te spreken welke onderdelen in welke mate worden meegenomen in de te contracteren hoeveelheden functies met bijbehorende prijs en kwaliteit. Zodra deze discussie is afgerond, kan er een verzoek aan het CTG worden gericht om op basis van de aangetroffen AWBZ-brede prijzen en de gestelde normen een tariefstructuur per functie te ontwikkelen. Het nieuwe functietarifieringssysteem kan dan in 2005 in werking treden voor extramuraal. Ik neem mij voor het verzoek aan het CTG in het eerste kwartaal 2004 uit te brengen, zodat het nieuwe systeem ruimschoots voor 2005 bekend kan zijn in het veld.

### *4.2.2. Intramuraal*

Voor intramuraal denk ik aan een werkwijze die vergelijkbaar is met die nu wordt gebruikt bij de extramurale zorg. Omdat voor de intramurale zorg geen bestaande sectorale producten voorhanden zijn die na analyse geclusterd kunnen worden onder bepaalde functies ligt de zaak hier een slag ingewikkelder dan bij extramuraal. Het AWBZ-breed construeren van deze intramurale producten (een veelgebruikte term is «zorgarrangement») waarbij ook rekening wordt gehouden met verschillen in zorgzwaarte van bepaalde klantengroepen is nodig voordat een eerste stap vergelijkbaar met de eerste stap extramuraal kan worden gezet. Ik zal daartoe samen met ZN, CTG, CVZ en de brancheorganisaties een analyse (laten) maken van al het bestaand materiaal in de verschillende sectoren op het gebied van de intramurale zorgverlening. Op basis hiervan kan dan een overzichtelijk aantal AWBZ-brede intramurale zorgarrangementen worden beschreven dat tegemoet komt aan de zorgzwaarte en leveringscondities van verschillende klantgroepen. Deze beschrijving in de vorm van een intramuraal kennisdocument wil ik eind 2003 gereed hebben, zodat het in het eerste kwartaal van 2004 bij een aantal instellingen in een

aantal regio's kan worden uitgetest. De uitgeteste zorgarrangementen kunnen dan in het verder verloop van 2004 door het CTG worden vastgesteld en getarifeerd zodat een en ander in 2005 kan worden ingevoerd. De overstap van deze landelijk AWBZ-brede zorgarrangementen intramuraal naar functiebekostiging intramuraal zal dan op zijn vroegst plaatsvinden in 2006. Steeds zal ik er voor zorgen dat de besluitvorming over de daadwerkelijke invoering op een zodanig tijdstip plaatsvindt dat partijen voldoende voorbereidingstijd hebben. Dit betekent dat steeds in de zomer van het jaar t op hoofdlijnen bekend moet zijn wat de stap t+1 zal zijn. Tevens zullen de gezette stappen van het invoeringproces gemonitord en periodiek geëvalueerd worden zodat waar nodig tijdig bijgestuurd kan worden.

#### *4.3. Herallocatie*

Voor de invoering van de functiegerichte bekostiging geldt – bij gelijkblijvend volume – macro budgettaire neutraliteit als één van de randvoorwaarden. Per instelling zullen verschillen ontstaan tussen de hoogte van het budget op basis van de «oude» bekostiging en de hoogte van het budget op basis van de functiegerichte bekostiging. De verschillen kunnen worden veroorzaakt doordat in de functiegerichte bekostiging rekening wordt gehouden met zorgzwaarte (voorheen was dat in elk geval intramuraal meestal niet het geval), maar ook door verschillen in de prijsopbouw volgens de oude en volgens de nieuwe bekostiging.

Het jaar 2004 zal gebruikt worden om aansluitend bij de registratie-eisen (paragraaf 2.7), de ontwikkeling van zorgarrangementen en het testen van de werking daarvan bij een aantal pilot-instellingen en regio's (paragraaf 4.2.2.) het inzicht te verhogen in de gevolgen van de invoering van de functiegerichte bekostiging voor individuele instellingen. Instellingen kunnen 2004 gebruiken om inzicht te krijgen in de omvang van de door hen geleverde zorg uitgedrukt in functies door:

- de indicaties van de door hen bediende cliënten te registreren en
- inzicht te verkrijgen in daadwerkelijk geleverde zorg in termen van functies en/of zorgarrangementen. (Totaal per instelling en wat VWS betreft niet per persoon – zie paragraaf 2.5)

Ik zal het CTG vragen om op basis van de in 2004 opgedane inzichten een zorgvuldig en macro budgettair neutraal herallocatietraject te ontwikkelen. Ook voor de tussenstap die in 2004 gezet wordt (zie paragraaf 4.1) zullen de herallocatie-effecten en de consequenties voor registratie worden bezien. Het CTG zal aan de hand van zijn bevindingen concluderen of er al dan niet een herallocatiebeleid nodig is.

#### *4.4. Overige problematiek*

In het systeem van functiegerichte bekostiging is het in principe de bedoeling dat een aanbieder zijn kosten geheel dekt uit zijn opbrengst uit geleverde functies. Of dat voor alle kosten helemaal zal lukken, kan ik nu nog niet overzien. Een aantal zaken speelt hierbij een rol. Zo zullen er kosten zijn voor activiteiten die niet herleidbaar zijn tot functies. Ik denk bijvoorbeeld aan kosten die gemaakt worden voor preventieve activiteiten of voor geestelijke verzorging. De omvang van deze kosten komt in beeld met het KPMG-onderzoek. Pas naar aanleiding van deze gegevens zal ik besluiten op welke wijze ik in de toekomst in een dekking van deze kosten zal voorzien. Ook zullen er kosten zijn die in principe wel kunnen worden ondergebracht in het systeem van functiegerichte bekostiging, maar waarvan je je af moet vragen of dat geleid op effecten hiervan op de ongelijke concurrentiepositie van aanbieders die dit teweeg zal brengen, zeker de eerste jaren, wel zo verstandig is. Ik denk daarbij aan de kapitaallasten voor het strikte verblijf en aan opleidingskosten. Over hoe ik met deze kosten om zal gaan, zal ik u op een later tijdstip informeren. Tot slot zijn er

nog andere zaken die een rol spelen bij de bekostiging. Met name gaat het dan om het afdekken van het ondernemersrisico van aanbieders. De sector spreekt hier van het opbouwen van weerstandsvermogen. Hoewel ik het belang van opvattingen over dit onderwerp inzie, wil ik daar bij gebrek aan voldoende harde informatie op dit moment nog geen uitspraken over doen. Wel zeg ik toe dat ik het onderwerp op korte termijn verder zal verkennen. Een interne werkgroep heeft zich reeds over het kapitaallastenvraagstuk en het vraagstuk van weerstandsvermogen gebogen. Gelet op de schaarste die zich nog steeds voordoet in de zorg, voorzie ik voor 2004 geen grote problemen.

## **5. Sectorspecifieke bekostigingssystemen versus functiegerichte bekostiging**

Binnen de verschillende sectoren zijn al ver gevorderde ontwikkelingen op het gebied van een vraaggestuurde en prestatiegerichte bekostiging. In de sector V&V en thuiszorg is sprake van prestatiegerichte productbekostigingen, in de gehandicaptenzorg is sprake van de vraaggestuurde bekostiging en in de GGZ gaat het om Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Al deze productbekostigingen beogen net als de functiegerichte bekostiging een omslag naar vraaggestuurde zorg en een financiering op basis van zorgzwaarte. Het grote verschil zit in het aangrijpingspunt van sturing door de overheid. Bij functiegerichte bekostiging stuurt de overheid op functies en laat het aan partijen daarbinnen zelf producten te ontwikkelen. Bij de sectorale productbekostiging stuurt de overheid op de producten zelf. Door te sturen op functies wordt direct aangesloten bij de zorgaanspraken en de indicatiestelling in functies. Binnen de functies kan de zorg variëren en ontstaan meer mogelijkheden voor ontschotting en flexibiliteit.

De producten in de sectorale systemen zijn te vertalen naar functies. Hierdoor bestaat de mogelijkheid om ook na invoering van de functiegerichte bekostiging de meerwaarde van de sectorspecifieke productbekostigingen grotendeels te behouden. Zo kunnen deze bekostigingen in de vorm van een producttaal als onderhandelingsinstrument worden gebruikt in het lokale overleg tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder en bij de gesprekken tussen aanbieder en cliënt. De producttaal geeft invulling aan de meer abstracte functies en geeft aan welke zorg een aanbieder precies kan leveren binnen de geïndiceerde functie(s). Met behulp van de producttaal kunnen zorgkantoren een meer inhoudelijke discussie met de zorgaanbieders aangaan en dat gebruiken bij de afspraak over de hoogte van het tarief per functie. Voor de aanbieders is het registreren van een producttaal nuttig voor de interne bedrijfsvoering. Bekostiging en verantwoording zullen in de AWBZ echter plaatsvinden in termen van functies (zie paragrafen 2.6 en 2.7) Dit betekent dat wanneer een instelling ervoor kiest te registreren in producttermen, zij ervoor moet zorgen dat deze vertaalbaar zijn naar functies en de afrekening en verantwoording in deze termen kan plaatsvinden.

De bestaande producten van de thuiszorg en de extramurale zorg in de sector V&V vertonen al grote overeenkomsten met de nieuwe functies uit de functiegerichte bekostiging. In de sector V&V worden de producten van de thuiszorg en de extramurale zorg bij de overgang naar een functiegerichte bekostiging omgevormd tot functies zodat in functies kan worden afgerekend. Voor de intramurale zorg in de V&V is dit anders. Hier geldt in grote lijnen een gegarandeerd instellingsbudget waarover geen nacalculatie plaatsvindt (behalve bij omvangrijke afwijkingen in het bezettingspercentage). De instellingsbudgetten zijn niet afhankelijk van zorgzwaarte. Op dit moment zijn voorstellen in voorbereiding om met ingang van 2004 ook voor de V&V intramuraal na te calculeren. Met de invoering van de

functiegerichte bekostiging zullen instellingen wel naar zorgzwaarte worden gefinancierd en zal de bekostiging transparanter worden doordat zichtbaar wordt welke functies geleverd worden.

In de gehandicaptensector is de laatste jaren gewerkt aan de ontwikkeling van de vraaggestuurde bekostiging. Na analyse van de gegevens van de zogenaamde transitie<sup>1</sup> in 2002 bleken nog teveel onzuiverheden in het systeem om deze per 1 januari 2003 in te voeren zoals oorspronkelijk gepland. Besloten werd de invoering van de vraaggestuurde bekostiging uit te stellen. Daarmee kwamen de invoeringsdata van de vraaggestuurde bekostiging en de functiegerichte bekostiging dicht bij elkaar te liggen. Bij invoering van de functiegerichte bekostiging blijft de meerwaarde van de vraaggestuurde bekostiging grotendeels behouden. De inspanningen rondom de vraaggestuurde bekostiging hebben er voor gezorgd dat instellingen in de gehandicaptensector de systematiek van het aanbieden van uit functies opgebouwde producten al hebben toegepast voor hun zorgaanbod. De gehandicaptensector is hiermee in staat aan te geven waaruit de intramurale productie is opgebouwd. Deze stap is ook cruciaal in het licht van de functiegerichte bekostiging die zal worden ingevoerd. Daarnaast kan de vraaggestuurde bekostiging als onderhandelingsinstrument tussen partijen worden gebruikt zoals hierboven reeds is uitgewerkt.

Eind 2001 is besloten DBC's in te voeren in de GGZ. Deze DBC's moeten zowel aansluiten bij de functiegerichte bekostiging in de AWBZ als bij de DBC's in de somatisch curatieve zorg. Op deze manier wordt de samenhang tussen de GGZ-cure en de GGZ-care na de overheveling in 2006 geborgd. De zorgaanbieder, die zorg aanbiedt uit zowel de AWBZ als de standaardverzekering curatieve zorg, hoeft door deze dubbele aansluiting niet met een dubbele registratie te werken. De eerste fase is reeds afgerond en het DBC-model voor de GGZ is ontwikkeld. Op dit moment testen 14 koplopers het DBC-model. De verwachting is dat er na de evaluatie in december 2003 en januari 2004, tussen de dertig en vijftig medisch herkenbare en kostenhomogene hoofdgroepen van DBC's overblijven. Streefdatum van de invoering van de DBC's als producttaal is 1 januari 2005. Naast het voorkomen van dubbele registraties na overheveling, kunnen de DBC's net als de producten in de gehandicaptensector en de sector verpleging en verzorging gebruikt worden als onderhandelingsinstrument.

## **6. Betrokkenheid brancheorganisaties**

Betrokkenheid van de brancheorganisaties bij het verdere proces van invoering acht ik van wezenlijk belang. Deze organisaties wil ik (afgezien van het hierboven in paragraaf 4.2.2. beschreven traject gericht op het formuleren van AWBZ-brede intramurale zorgarrangementen) op drie manieren bij het vervolgetraject betrekken.

- In de eerste plaats via de reguliere, zogenaamd koninklijke weg van het CTG. Via de onderstructuur van het CTG zijn partijen steeds betrokken bij de oordeelsvorming van het CTG over uitvoering en uitvoerbaarheid van beleid.
- In de tweede plaats bestaat sedert enige tijd het zogenaamde implementatieoverleg modernisering AWBZ. In dit overleg wordt elke twee weken door VWS met de brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars, met de ZBO's en met de patiënten- en consumentenorganisaties overlegd over de voortgang van de modernisering. Daarbij is het onderwerp bekostiging pregnant in beeld.
- In de derde plaats heb ik aan de branche-organisaties aangegeven dat ik periodiek bestuurlijk overleg zal voeren over onder andere de modernisering van de AWBZ.

<sup>1</sup> Hierbij hebben alle instellingen de geleverde zorg vertaald in termen van de vraaggestuurde bekostiging.

Deze betrokkenheid, gekoppeld aan de voortvarendheid waarmee alle partijen momenteel bezig zijn uitvoering te geven aan de invoeringsbrief functiegerichte bekostiging die ik in juli jl. aan het CTG zond, sterkt mij in de keuze voor de stapsgewijze benadering bij de invoering van de functiegerichte bekostiging. Een benadering die het mogelijk maakt in de komende periode gezamenlijk met alle partijen toe te werken naar het in deze brief geschetste eindbeeld. De functiegerichte bekostiging is een belangrijk sluitstuk in de met de modernisering beoogde inrichting van een vraaggestuurde AWBZ.

Tot slot merk ik op dat ik over de voortgang van de invoering functiegerichte bekostiging zal rapporteren in het kader van de rapportage Groot Project modernisering AWBZ in februari 2004.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
C. I. J. M. Ross-van Dorp